Advies
Integrale tarieven medisch specialistische zorg 2015

28 juni 2013

Inleiding
Met haar brief van 30 januari 2013 (kenmerk CZ-3153204) heeft de minister van VWS de NZa verzocht een uitvoeringstoets te doen naar de bekostigingsaspecten en randvoorwaarden voor de invoering van integrale tarieven in de medisch specialistische zorg met ingang van 2015.

Dit verzoek vloeit voort uit het Convenant tussen VWS, NVZ en Orde van Medisch Specialisten[1] waarin de invoering van het integraal tarief per 2015 is onderschreven, en het besluit[2] van het kabinet om het advies van de commissie Meurs[3] over te nemen.

Onder integrale tarieven verstaat VWS een systeem waarbij de deelregulering binnen de bekostiging van instellingen voor medisch specialistische zorg en (vrijgevestigd) medisch specialisten wordt opgeheven.

Leeswijzer
In dit document gaan we achtereenvolgens in op:
- Wat verstaan we onder integrale tarieven
- Doelstellingen van het afschaffen van de deelregulering
- Achtergrond deelregulering
- Generiek dereguleren; specifiek ingrijpen waar nodig
- Uitgangspunten voor het advies
- Het advies
  - Segmentering en tarifering
  - Declaratiebepalingen
  - Regulering onderlinge dienstverlening
  - Macrobeheersinstrument
  - Toezichtinstrumentarium
- Aandachtspunten
- Randvoorwaarden
- Reactie van veldpartijen

Wat verstaan we onder integrale tarieven?
Onder integrale tarieven verstaan wij het opheffen van de deelregulering van de honorariumtarieven van medisch specialisten.

De deelregulering bestaat uit:
- Aparte tariefregulering voor ziekenhuiskosten en specialisten honoraria;
- Het beheersmodel (honorariumplafond) voor de vrijgevestigd medisch specialisten;
- Gescheiden macrokaders voor ziekenhuiskosten en honoraria vrijgevestigd medisch specialisten.

Voor een uitgebreide beschrijving van de deelregulering, en de prikkels die hiervan uitgaan, verwijzen we naar het achtergronddocument in de bijlage bij deze brief[4].

---

[1] Convenant Bekostiging Vrijgevestigd medisch specialisten 2012-2014, 31 mei 2011
[2] TK 29 248, nr. 242
[3] Gezond belonen – beleidsopties voor de inkomens van medisch specialisten, 10 oktober 2012
[4] Achtergronddocument, hoofdstuk 2.

Doelstellingen afschaffen deelregulering

Voor ons staat voorop dat de invoering van integrale tarieven een meerwaarde voor de publieke belangen moet hebben ten opzichte van het bestaande systeem. Het afschaffen van de deelregulering zou op zich neutraal kunnen verlopen; de betrokken partijen zouden er dan ook geen effect van hoeven ondervinden.

Wij willen echter een verandering teweeg brengen met de invoering van het integrale tarief, waarmee de publieke belangen betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid van zorg, meer dan in het huidige systeem, worden gediend.

We hebben de volgende doelstellingen van het afschaffen van de deelregulering geformuleerd:

- Doelmatige inzet van productiefactoren mogelijk maken;
- Belemmeringen voor selectieve inkoop wegnemen;
- Een gelijk speelveld voor instellingen met specialisten in loondienst respectievelijk vrije vestiging creëren;
- Gelijk gerichtheid van belangen van instelling en vrijgevestigd medisch specialisten mogelijk maken.

In het achtergronddocument geven wij een nadere toelichting op deze doelen[5].

Het afschaffen van de deelregulering beoogt vooral partijen te focussen op hun rol in het Zvw-stelsel: Zorgverzekeraars op een scherpe inkoop (selectieve inkoop) en zorgaanbieders op een doelmatige bedrijfsvoering bij het leveren van kwalitatief goede zorg (gelijk gerichte belangen). Het afschaffen van deelregulering helpt selectieve inkoop en gelijk gerichtheid van belangen.

Wij zien selectieve inkoop en gelijk gerichte belangen niet als een doel op zich, maar als 'vitale mechanismen' die het zorgstelsel beter kunnen laten functioneren.

Selectieve, scherpe inkoop is ook een voorwaarde voor verzekeraars om effectief te kunnen sturen op gepast gebruik: het voorkomen van onnodige zorgproductie. Dit thema speelt mede een rol in de recente discussie rond correct declareren, upcoding en zorgfraude. De huidige deelregulering bemoeilijkt een scherpe rol van verzekeraars op deze thematiek omdat een deel van het zorgproces (honorarium) buiten het onderhandelingsverkeer van zorgaanbieder en verzekeraar wordt gehouden. Gepast gebruik en correct declareren maken dat er maximale inzet is van partijen zelf om hiervoor verantwoordelijkheid te nemen. Het afschaffen van deelregulering en integrale tarieven zijn daarom extra noodzakelijk.

De verandering die wij met het integrale tarief teweeg willen brengen verwachten wij met name van de wijzigingen in het declaratierecht. Dit zullen we verderop toelichten. Voordat wij ons advies geven, gaan we in op de achtergrond en actualiteit van de bestaande deelregulering, en de uitgangspunten die we hanteren bij het opstellen van het advies.

Achtergrond deelregulering

Het feit dat er momenteel deelregulering bestaat roept de vraag op met welke reden die deelregulering bestaat, en of het verantwoord is om deze af te schaffen. Om die vraag te beantwoorden kijken we naar de oorsprong van de deelregulering, en naar ontwikkelingen in de markt.

---

[5] Achtergronddocument, hoofdstuk 3.

Oorsprong van de deelregulering
De bestaande regulering kent zijn oorsprong in het stelsel van aanbodregulering, dat van toepassing was voor de invoering van het huidige zorgstelsel in 2006. In het verleden werden alle zorgaanbieders (‘organen voor gezondheidszorg’) gereguleerd, waarbij er onderscheid bestond in instellingen en vrije beroepsbeoefenaren.

In het algemeen is de tariefregulering van vrije beroepsbeoefenaren gebaseerd op een model dat uitgaat van een normatieve praktijkkostenvergoeding, een ‘norm praktijkomvang’ en een ‘norminkomen’. Het vaststellen van een vergoeding voor arbeid als kostenfactor is onontkoombaar om tot een gereguleerd tarief te komen. Daarmee leidt tariefregulering gemakkelijk tot discussies over inkomens, terwijl het doel van tariefregulering is om bij gebrek aan afnemersmacht (inkoopmacht) consumenten van zorg te beschermen. In beginsel zijn verzekeraars in het Zvw-stelsel goed in staat om vrij te onderhandelen over prijzen (inclusief de inkomenscomponent als kostenfactor).

Het is een veel gehoorde opvatting dat de bestaande deelregulering in de bekostiging van instellingen voor medisch specialistische zorg en de vrijgevestigd medisch specialisten voortkomt uit onevenwichtige machtsverhoudingen. Dit is echter nooit onderzocht. Inkomensdiscussies hebben altijd een grote rol gespeeld bij de deelregulering. Verderop in dit advies zullen wij betogen dat een analyse naar de machtsverhoudingen naar ons oordeel ook niet nodig is: wij zien deze machtsverhoudingen vooral als intern organisatievraagstuk binnen de muren van het ziekenhuis. Maar we moeten uiteraard ook rekening houden met uitzonderingsgevallen waar deze benadering niet opgaat en waarbij onderlinge machtsverhoudingen een ongewenst effect kunnen hebben op de publieke belangen.

Het zijn vooral de bestuurlijke afspraken tussen de Orde, de NVZ en de overheid die ten grondslag liggen aan de bestaande deelregulering. De huidige bestuurlijke afspraken over het beheersmodel voor de vrijgevestigde medisch specialisten volgden op een periode waarin er aanzienlijke macro overschrijdingen bij de vrijgevestigd medisch specialisten plaatsvonden.

Met de doorontwikkeling van het nieuwe zorgstelsel vormt de deelregulering enerzijds steeds meer belemmeringen voor de werking van het stelsel; anderzijds zijn ontwikkelingen in de markt aanleiding om de noodzaak en effectiviteit van de deelregulering ter discussie te stellen. Dit maakt dat een heroverweging van de inzet van generieke deelregulering op zijn plaats is.

Ontwikkelingen in de markt
Op basis van een analyse van ontwikkelingen in de markt concluderen wij dat de generieke deelregulering, in het bijzonder tariefregulering van de specialistenhonoraria, geleidelijk aan zijn betekenis en effectiviteit verliest. De volgende ontwikkelingen maken dat generieke deelregulering achterhaald is:

- Ontwikkelingen in de bekostiging: de vrije prijzen in het B-segment in de kostentarieven maken binnen de wettelijke regelingen omzeiling van de deelregulering mogelijk;
- Ontwikkelingen in de contractering: zorgverzekeraars maken al één integrale contractafspraak voor het totaal van kosten en honorarium; het onderscheid is voor hen niet relevant omdat zij in gelijke mate risico lopen over de uitgaven op beide componenten;

- Versterkte rol van de zorgverzekeraar: de verzekeraar is in staat de uitgavenstijging onder controle te houden;
- Arbeidsmarkt voor medisch specialisten: marktimperfecties op het gebied van aanbod aan medisch specialisten nemen af;
- De toepassing van verdeelafspraken van de honorariumomzet binnen collectieven van medisch specialisten;
- Er ontstaat steeds meer diversiteit tussen instellingen.

In het achtergronddocument bij dit advies geven wij een nadere toelichting op bovenstaande ontwikkelingen[6].

Generiek dereguleren; specifiek ingrijpen waar nodig
De afnemende effectiviteit van de generieke deelregulering, en de belemmeringen die uit de deelregulering voortkomen, maken het een logische stap om de generieke deelregulering af te schaffen.

Wij verwachten geen *generieke* risico's als gevolg van deze deregulering. Lokale situaties verschillen daarvoor te veel. Deze verschillen betreffen onder andere de onderlinge machtsverhoudingen tussen ziekenhuis en specialisten, de verhouding tussen aantallen specialisten in loondienst en vrije vestiging, zorgportfolio, schaalgrootte, concentratie van aanbod, en invloed van de verzekeraar.

In *specifieke* situaties zijn risico's echter niet uit te sluiten. In specifieke situaties kunnen wij ingrijpen met het AMM-instrumentarium, zij het dat een aanscherping daarvan wenselijk is (zie toelichting verderop).

Uitgangspunten
Bij het opstellen van het advies hebben wij de volgende uitgangspunten gehanteerd:

<u>Integrale regulering</u>
Het afschaffen van de deelregulering houdt in dat deze vervangen wordt door één integrale regulering die van toepassing is op het totaal van alle kosten voor de medisch specialistische zorg, dus ziekenhuiskosten en specialistenhonoraria, zonder dat sprake is van geoormerkte componenten.

Onder het beëindigen van de bestaande deelregulering verstaan wij:
- Het afschaffen van de aparte tariefregulering voor de honoraria van medisch specialisten;
- Het afschaffen van de bestaande prestatie- en tariefregulering voor onderlinge dienstverlening;
- Het afschaffen van het beheersmodel voor vrijgevestigd medisch specialisten;
- Het samenvoegen van de macrokaders voor ziekenhuiskosten en vrijgevestigd medisch specialisten.

Het beëindigen van de deelregulering is een samenhangend pakket aan maatregelen. Op alle onderdelen zal de deelregulering tegelijkertijd moeten komen te vervallen. Wanneer dit op één van de onderdelen achterwege blijft, wordt deelregulering feitelijk in stand gehouden en kunnen de doelen van het integraal tarief niet gerealiseerd worden.

---
[6] Achtergronddocument, hoofdstuk 4.

De regulering wordt toegespitst op het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf

Binnen de huidige deelregulering worden de instellingen voor medisch specialistische zorg en de (vrijgevestigd) medisch specialisten als aparte spelers op de markt beschouwd. Beide spelers kunnen zelfstandig declareren aan de zorgverzekeraar of patiënt[7]. Met de huidige deelregulering is deze separate benadering een logische.

Bij het vervallen van de deelregulering past het echter om - in ieder geval in het kader van de bekostiging - beide spelers, op het lokale niveau van de instelling (het ziekenhuis of de ZBC), als één geheel te beschouwen. Het denken in gescheiden sferen kan immers ten koste gaan van de doelmatigheid die behaald kan worden met de integrale benadering. Wij gaan in ons advies daarom uit van een geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf (GMSB). Dit is een bedrijf waarbinnen de medisch specialisten en het bestuur van de instelling gelijk gerichte belangen hebben, en samen de koers voor de toekomst uitzetten.

Integrale benadering maakt van onderlinge machtsverhoudingen een intern organisatievraagstuk

Implicatie van deze benadering is ook dat de onderlinge machtsverhoudingen tussen instellingsbestuur en medisch specialisten naar de achtergrond verdwijnen wanneer het gaat om de marktordening, regulering en markttoezicht. Wij gaan er in beginsel van uit dat partijen onderling achter de voordeur van het ziekenhuis hun machtsverhoudingen in evenwicht brengen. Het is een gezamenlijk belang van ziekenhuis en medisch specialisten om samen een sterke positie te vormen ten opzichte van de verzekeraar. Over het algemeen geldt immers dat het ziekenhuis niet zonder de specialisten kan, en de specialisten niet zonder de faciliteiten van het ziekenhuis. Dit geldt niet alleen voor de korte termijn; bij een geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf hoort ook een zekere mate van duurzaamheid in de relatie tussen instelling en medisch specialisten. Ze zullen een gezamenlijke koers voor de toekomst moeten uitzetten, en bijvoorbeeld ook het gezamenlijk risico dragen bij investeringen voor de lange termijn, zoals nieuwbouw. Hiermee worden de machtsverhoudingen tot een intern organisatie vraagstuk binnen het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf. Er zijn echter ook situaties denkbaar dat deze benadering niet opgaat, en dat onderlinge machtsverhoudingen tot risico's voor de publieke belangen kunnen leiden. In die specifieke situaties moeten wij kunnen ingrijpen. Dat lichten we verderop toe.

Organisatievormen

De NZa spreekt zich niet uit over hoe het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf moet worden vormgegeven; het is aan de betrokken partijen om hier een keuze in te maken. Er zijn verschillende modellen denkbaar, waarbij de uitersten bestaan uit een variant met alle specialisten in loondienst, en een variant met de medisch specialisten als eigenaar of aandeelhouder van de instelling. Een tussenvariant kan een model zijn waarbij collectieven van vrijgevestigde medisch specialisten een Service Level Agreement afsluiten met een instelling (of meer instellingen).

Het uitgangspunt dat we ons richten op het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf doet dus geen afbreuk aan de vrije keuze voor een loondienstverband of vrije vestiging (ondernemerschap). Vrijwel alle

---

[7] In de huidige situatie kunnen medisch specialisten 'via' de instelling declareren, indien aan de voorwaarde van het participeren in een collectief wordt voldaan.

partijen hebben aangegeven het belangrijk te vinden dat deze keuze vrij blijft.

Regiomaatschappen (instelling overstijgende maatschappen)
In het licht van bovenstaande, vormen de regiomaatschappen (of instelling overstijgende maatschappen) een apart aandachtspunt. Regiomaatschappen vormen een uitzondering op de situatie waarin ziekenhuis en specialist zich gezamenlijk positioneren ten opzichte van de verzekeraar. Regiomaatschappen kunnen zich onafhankelijk van de instelling gedragen, zonder zelf verantwoordelijkheid te dragen voor het integrale zorgproduct. Dat kan risico's met zich meebrengen voor de publieke belangen[8]. De onderlinge machtsverhoudingen tussen instelling en medisch specialisten zijn bij instelling overstijgende maatschappen ook geen intern organisatievraagstuk meer. We betrekken dit aspect bij de wijze waarop we het declaratierecht vormgeven binnen het systeem van integrale tarieven.

Afbakening
Wij beperken ons in dit advies tot de (somatische) medisch specialistische zorg. Hoewel de uitgangspunten en doelstellingen van het integrale tarief ook verder zouden kunnen reiken dan alleen de tweedelijns zorg, voert het op dit moment te ver om ook bijvoorbeeld de eerste lijn, de farmaceutische zorg, en de curatieve GGZ in het advies te betrekken. Op termijn ligt ook een verdere integratie tussen deze domeinen voor de hand, zodat verzekeraars hun inkooprol nog beter kunnen uitvoeren.

Er is voldoende reden om ook de kaakchirurgie in dit advies te rekenen tot de somatische medisch specialistische zorg. De kaakchirurgie is immers, net als andere specialismen, verweven in de ziekenhuisorganisatie, en dezelfde argumenten die pleiten voor het afschaffen van de deelregulering zijn ook van toepassing op de kaakchirurgie. De kaakchirurgie kent ook deelregulering van de honorariumtarieven en, per 2014[9], een apart macrokader voor de honoraria van de vrij gevestigden.

De kaakchirurgen hebben wel een andere uitgangspositie dan de vrijgevestigd medisch specialisten. De kaakchirurgen vallen niet onder het Convenant Bekostiging vrijgevestigd medisch specialisten 2012-2014. Het honorariumplafond vrijgevestigd medisch specialisten, dat als een overgangsmodel op de weg naar integrale tarieven geldt, is voor de kaakchirurgen niet van toepassing.
Dit maakt dat de kaakchirurgen, vertegenwoordigd door de NMT, pas laat betrokken zijn bij het beleidsdossier integrale tarieven, en bij de voorbereiding van ons advies. In het kader van een zorgvuldige voorbereiding vinden wij het nodig om de NMT langer de tijd te geven om een standpunt in te nemen over de overgang op integrale tarieven. Wij zullen uiterlijk 31 oktober 2013 aanvullend advies uitbrengen over integrale tarieven voor de kaakchirurgie.

---

[8] Met onze brief van 5 juni 2013 hebben wij het iBMG rapport Instellingsoverstijgende maatschappen, huidige ontwikkelingen, mogelijke gevolgen en de aanpak van eventuele mededingingsproblemen (26 maart 2013) aangeboden. Hierin zijn de (positieve en negatieve) effecten van regiomaatschappen op de publieke belangen beschreven.
[9] Kamerbrief VWS Korting kaakchirurgen, 21 mei 2013, kenmerk 116540-103546-CZ

Advies
Hieronder gaan we in op de instrumenten die wij beschikbaar hebben binnen het systeem van integrale tarieven bij prestatiebekostiging. We richten ons in de eerste plaats op de reguleringsinstrumenten bij de inrichting van het bekostigingssysteem:

1) Segmentering en tarifering
2) Declaratiebepalingen
3) Regulering onderlinge dienstverlening
4) Macrobeheersinstrument

Vervolgens gaan we in op het benodigde toezichtinstrumentarium.

Segmentering en tarifering
Hieronder vatten we allereerst ons advies over de segmentering en tarifering samen. Vervolgens geven we een toelichting op dit advies.

Advies NZa ten aanzien van segmentering en tarifering

Adviesvraag VWS
Inventariseer wat de gevolgen zijn van de invoering van integrale tarieven op de tarifering in de verschillende segmenten in de medisch specialistische zorg: het vrije segment en het gereguleerde segment
Advies NZa
Het vervallen van de deelregulering van de honorariumtarieven houdt in dat de honorariumtarieven worden vrijgegeven. Wij adviseren: 1) de bestaande indeling van zorgproducten in A- en B-segment ongewijzigd te laten 2) net als in de huidige situatie een maximumtarief te hanteren in het A-segment, en vrije prijzen in het B-segment

Zoals vermeld betekent het afschaffen van de deelregulering dat de aparte tariefregulering voor de specialistenhonoraria vervalt. Dit houdt in dat de honorariumtarieven worden vrijgegeven. Dit vergt een aanwijzing van de minister van VWS op basis van artikel 7 van de WMG.

Indeling zorgproducten in A- en B-segment
De NZa heeft bij de uitbreiding van het B-segment naar 70% in 2012 de volgende twee criteria benoemd[10] die van belang zijn bij de vraag of een zorgproduct (of een categorie van zorgproducten) in het gereguleerde of vrije segment dient te worden opgenomen.

- *Criterium 1: Stabiliteit van de productstructuur*
  Onder stabiel wordt verstaan dat de producten medisch herkenbaar zijn en een homogene kosten- en werklast kennen. Hiermee wordt beoogd dat er een duidelijk herkenbaar product is waarover zorgaanbieder en zorginkoper onderling tot een prijs kunnen komen.

- *Criterium 2: Machtspositie van aanbieders*
  Bij het loslaten van de tariefregulering is het van belang dat er geen belangrijke machtsonevenwichtigheden in de marktverhoudingen zijn. Hiermee wordt ervoor gezorgd dat een zorgaanbieder geen onredelijk hoge prijs of een slechte prijs-kwaliteitverhouding kan afdwingen. Een scheve

[10] Brief NZa aan VWS, Voorlopige verkenning maximale uitbreiding B-segment, 23 februari 2011

machtsverhouding is vooral een risico voor de betaalbaarheid van zorg.

Als we kijken naar de twee criteria die we hanteren bij de beoordeling of een zorgproduct in het B-segment kan worden ingedeeld, dan kunnen we concluderen dat het eerste criterium, de stabiliteit van de productstructuur, geen rol speelt bij de overgang naar integrale tarieven. Die overgang heeft namelijk geen invloed op de productstructuur. Dit vergt dan ook geen nieuwe afweging. Op het moment dat een productstructuur voldoende stabiel wordt geacht, geldt dat per definitie ook voor de integrale tarieven. De productstructuur voor de honoraria is identiek aan die voor de instellingskosten.

Het tweede criterium betreft de machtspositie van aanbieders. Zoals aangegeven beschouwen wij het GMSB als de aanbieder waar we de regulering op toespitsen.
Dit criterium heeft een veel nauwere relatie met integrale tarieven. Bij de beoordeling van de machtspositie is ten tijde van het vrijgeven van de prijzen geredeneerd vanuit de aanbiedende instelling. Dat is ook logisch, omdat voor de medisch specialisten in het geheel nog geen vrije tarieven zouden gaan gelden. De vraag is of het criterium rondom de machtspositie van aanbieders ook toegepast moet worden op het niveau van medisch specialismen bij de overgang op integrale tarieven. Op het moment dat specialismen, bijvoorbeeld vanwege de beperkte absolute omvang, beperkt aantal opleidingsplaatsen of schaarste, een aanbiedersmacht hebben richting het ziekenhuisbestuur of richting de zorgverzekeraar, kan dit namelijk leiden tot prijsstijgingen, en daarmee een risico voor de betaalbaarheid van zorg. Dit zou er voor kunnen pleiten dat de zorgproducten van de betreffende specialismen opnieuw gereguleerd worden.

Wij vinden het niet nodig om in de toets naar de machtspositie van de aanbieder (het GMSB) ten opzichte van de verzekeraar te differentiëren naar het niveau van specialismen, om de volgende redenen:

- De machtspositie van de vrijgevestigd medisch specialist is vooral gericht op de instelling, en heeft daarmee geen direct effect op de publieke belangen.
- Een toets naar de machtspositie wordt bemoeilijkt doordat specialisten zowel in vrije vestiging als in dienstverband voorkomen.
- Specialismen hebben zich georganiseerd in collectieven en oefenen een eventuele machtspositie uit op het niveau van het collectief, en niet zozeer op het niveau van de individuele specialismen.

Voor een uitgebreide analyse verwijzen we naar het achtergrond-document bij dit advies[11].

Uit het bovenstaande volgt dat er geen aanleiding is om producten die op dit moment tot het vrije segment behoren, bij de overgang naar integrale tarieven opnieuw onder een regime van generieke tariefregulering te brengen. Generieke tariefregulering is een te grofmazig en ondoelmatig instrument om eventuele risico’s als gevolg van machtsposities in specifieke situaties in te dammen.

Wij adviseren daarom de bestaande indeling van zorgproducten in A- en B-segment ongewijzigd te laten. Dit vergt dan ook geen nader besluit van de minister van VWS.

[11] Achtergronddocument, hoofdstuk 5.

De tariefsoort in het A-segment
De tariefsoort in het A-segment is in de huidige situatie een maximumtarief. Hieronder lichten we toe dat ook bij integrale tarieven deze tariefsoort in het A-segment behouden kan blijven.

Een maximumtarief beschermt de patiënt en de zorgverzekeraar tegen hoge prijzen als gevolg van marktmacht van een zorgaanbieder. In de regulering van het integrale tarief beschouwen we het GMSB als de zorgaanbieder waar we het reguleringsinstrumentarium op afstemmen. Binnen het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf is het aan ziekenhuisbestuur en medisch specialisten om hun onderlinge machtsverhoudingen in evenwicht te brengen. De machtspositie van de zorgaanbieders ten opzichte van de zorgverzekeraar bevindt zich dus op het niveau van het GMSB. Dit is in wezen niet anders dan in de huidige situatie waarbij we uitgaan van het ziekenhuis en een maximumtarief hanteren voor de ziekenhuiskosten.

Bij het afschaffen van de deelregulering gaat de honorariumcomponent op in het integrale tarief en wordt deze niet meer apart gereguleerd. Dit leidt ertoe dat het specialistenhonorarium als een van de kostenposten wordt beschouwd in het integrale tarief. De vergoeding voor het honorarium wordt in de tariefopbouw toegevoegd aan de ziekenhuiskosten.

Hiermee ontstaat een vergelijkbare situatie met de huidige: daar waar we in de huidige situatie de regulering voor het kostendeel toespitsen op het ziekenhuis, doen we dat in 2015 voor integrale tarief op het GMSB.

Er is dus geen aanleiding om voor de zorg in het A-segment een andere tariefsoort voor het integrale tarief te hanteren dan in de huidige situatie voor het ziekenhuiskostendeel. Ook hier is geen nieuw besluit van de minister van VWS nodig.

Declaratiebepalingen
De NZa kan zonder aanwijzing van de minister van VWS besluiten welke declaratiebepalingen zij stelt ten aanzien van de zorgaanbieder die het integrale tarief aan de zorgverzekeraar of patiënt declareert. Hieronder vatten wij onze voornemens ten aanzien van de declaratiebepalingen samen. Vervolgens lichten wij deze toe.

Voornemens NZa ten aanzien van declaratiebepalingen

Adviesvraag VWS
Inventariseer de verschillende mogelijkheden voor declaratie, en welke voorwaarden daarop van toepassing zijn. Welke partij(en) zou(den) in 2015 het declaratierecht moeten hebben om het integrale tarief te declareren?
Voornemens NZa
De NZa ziet de volgende mogelijkheden voor declaratie: - Het declaratierecht wordt vrijgelaten - De instelling declareert De NZa is voornemens: 1) de verplichting om ziekenhuiskosten en specialistenhonorarium apart op de nota te vermelden te laten vervallen 2) het declaratierecht bij de (toegelaten) instelling te leggen 3) de vrijgevestigd medisch specialist uitsluitend 'aan' de instelling te laten declareren[12]

[12] Verderop zullen wij toelichten dat deze declaratie 'aan' de instelling als onderlinge dienstverlening wordt beschouwd.

In de huidige situatie declareren de instelling en de vrijgevestigde medisch specialisten hun eigen tarief, op een gecombineerde nota, aan de zorgverzekeraar. De medisch specialisten kunnen 'via' de instelling hun honorariumtarief declareren aan de zorgverzekeraar, of het honorariumtarief declareren 'aan' de instelling. Deze laatste optie is van toepassing als de specialist in het kader van het beheersmodel niet deelneemt aan een collectief.

Met het vrijgeven van het honorariumtarief, wordt er één integraal tarief gedeclareerd aan de zorgverzekeraar of patiënt.
Wij merken hierbij op dat één integraal tarief geen verbod op een gespecificeerde nota inhoudt. Indien partijen onderling afspreken het honorariumdeel, of eventuele andere kostenposten, apart op de nota te vermelden, dan blijft dat uiteraard mogelijk. De NZa zal dit echter niet verplichten, omdat het concurrentiegevoelige informatie is. Gevolg daarvan is wel dat het niet gegarandeerd is dat er via de tarieven/declaraties inzicht blijft bestaan in de hoogte van het (aan de zorgverzekeraar of patiënt) gedeclareerde specialistenhonorarium.

Voor de beantwoording van de vraag welke zorgaanbieder(s) het integrale tarief mag declareren aan de zorgverzekeraar of patiënt, hebben wij de volgende twee opties onderzocht:

1) Declaratierecht vrijlaten
2) De instelling het exclusieve declaratierecht toekennen[13]

We veronderstellen in de analyse dat de contractrelatie tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar ook de declaratierelatie is. Immers, dat wat gedeclareerd wordt, zal zijn grondslag hebben in een contract dat gesloten is tussen zorgaanbieder en verzekeraar.
Uitzonderingen hierop kunnen zich voordoen indien er sprake is van niet gecontracteerde zorg en/of van zorg die via de restitutiepolis wordt vergoed. Dit is echter een beperkt deel van de zorg. Met de voorgenomen aanpassing van artikel 13 Zvw en het voornemen uit het regeerakkoord[14] om de basisverzekering te beperken tot de naturapolissen, zal dit deel naar verwachting nog beperkter worden.

Optie 1: declaratierecht vrijlaten
In deze optie is het aan de zorgverzekeraar om te kiezen met welke partij (de instelling, de specialisten, of beide) hij een contract sluit en afspraken maakt over de declaratie. De verzekeraar kiest hier de instelling of (een collectief van) de vrijgevestigd medisch specialist(en) als hoofdaannemer, of een consortium waarin beide partijen participeren. De hoofdaannemer bepaalt – uiteraard binnen de voorwaarden die de verzekeraar in zijn contract stelt – welke partij(en) hij inschakelt als onderaannemer.
Deze optie past goed bij de functionele insteek van de zorgverzekeringswet.

De verwachting is dat in deze optie de verzekeraar in de meeste gevallen de instelling contracteert, omdat dat voor de verzekeraar de meest overzichtelijke, en uitvoerbare optie is. Bovendien vormen de instellingskosten verreweg het grootste aandeel in het integrale tarief. Circa 90% van het integrale tarief betreft gemiddeld de instellingskosten,

---

[13] De tegenhanger van deze optie, het declaratierecht toekennen aan uitsluitend de vrijgevestigd medisch specialist, laten we buiten beschouwing. Er zal immers altijd een declaratierecht voor de instelling moeten zijn, omdat sommige instellingen alleen medisch specialisten in loondienst hebben.
[14] Bruggen slaan, regeerakkoord VVD-PvdA, 29 oktober 2012.

en circa 10% het specialistenhonorarium. Dit is een belangrijke reden voor de zorgverzekeraar om de instelling als hoofdcontractant te kiezen. Maar het is ook niet uitgesloten dat de verzekeraar in sommige gevallen een collectief (rechtspersoon) van de specialisten contracteert. Dit collectief huurt vervolgens de faciliteiten van een of meer ziekenhuizen in. Verzekeraars hebben aangegeven dat zij over bepaalde onderwerpen gemakkelijker afspraken kunnen maken met de specialisten dan met het instellingsbestuur. Dit geldt bijvoorbeeld voor 'gepast gebruik'. Wel stellen verzekeraars eisen aan de bestuursstructuur van zo'n collectief, en de aanspreekbaarheid op het gehele integrale product. En dit reikt verder dan de korte termijn: ook lange termijn aspecten zoals investeringen in nieuwbouw zijn onderwerp van onderhandelingen tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder.

In het geval de geleverde zorg niet gecontracteerd is, en/of via de restitutiepolis wordt vergoed zullen instelling en medisch specialisten onderling moeten afspreken wie het tarief declareert. Het is niet toegestaan dat beide partijen het integrale tarief declareren.

Wij vinden het vrijlaten van het declaratierecht niet de meest wenselijke optie, omdat deze optie de mogelijkheid laat dat instelling en specialisten 'naast elkaar' elk hun eigen deel van het integrale tarief blijven declareren. Daarmee wordt feitelijk de bestaande 'via' declaratie in stand gehouden, en is er geen sprake van een echt *integraal* tarief.

Optie 2: de toegelaten instelling declareert
In deze optie geldt dat de toegelaten instelling het exclusieve recht krijgt om het integrale tarief aan de zorgverzekeraar of patiënt te declareren.

We zien deze optie als voorkeursoptie. We kiezen ervoor om in de declaratiebepalingen een koppeling te leggen met de toelatingen op basis van de WTZi, omdat we hiermee een gelijk speelveld onder alle declarerende partijen willen creëren. Zoals vermeld zien wij de declarerende partij als de contractpartij voor de verzekeraar. Door – via de declaratiebepalingen - gelijke eisen te stellen aan zorgaanbieders om in aanmerking te komen voor een contract, bevorderen we de mogelijkheden voor de verzekeraar om scherp te kunnen inkopen. Hieronder lichten we de koppeling die we in de declaratiebepalingen willen leggen met de WTZi-toelating toe.

De WTZi definieert een instelling als een organisatorisch verband dat een toelating heeft, als bedoeld in artikel 5 van de wet[15]. Het huidige Uitvoeringsbesluit WTZi noemt de (vrijgevestigd) medisch specialisten niet als aparte categorie. Zij worden daarmee impliciet geschaard onder het organisatorisch verband 'instelling voor medisch specialistische zorg'. Met andere woorden: het uitvoeringsbesluit WTZi gaat al uit van het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf.

Het CIBG, een agentschap van het ministerie van VWS, toetst, onder verantwoordelijkheid van de minister, een aanvraag om een toelating in ieder geval aan een aantal (transparantie)eisen die nader zijn uitgewerkt in het Uitvoeringsbesluit WTZi: eisen omtrent de bestuursstructuur en een ordelijke en controleerbare bedrijfsvoering.

---

[15] Artikel 5, eerste lid: Een organisatorisch verband dat behoort tot een bij algemene maatregel van bestuur aangewezen categorie van instellingen die zorg verlenen waarop aanspraak bestaat ingevolge artikel 6 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten of ingevolge een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, van de Zorgverzekeringswet, moet voor het verlenen van die zorg een toelating hebben van Onze Minister

Het zijn precies deze eisen, die de NZa belangrijk vindt in het kader van de integrale verantwoordelijkheid van een zorgaanbieder voor het te leveren medisch specialistisch zorgproduct. Als zorgaanbieders integrale verantwoordelijkheid dragen voor hun product, maakt dat de selectieve inkoop door de zorgverzekeraar gemakkelijker.

Voor de medisch specialistische zorg geldt dat deze zich kenmerkt door een multidisciplinaire samenwerking, en gezamenlijk gebruik van ziekenhuisfaciliteiten zoals apparatuur, verpleging, OK- en IC-faciliteiten. Hiermee onderscheidt de medisch specialistische zorg zich van andere vormen van zorg. Deze kenmerken maken dat voorwaarden ten aanzien van de bestuursstructuur en ordelijke en controleerbare bedrijfsvoering om als declarant en volwaardig contractpartner te mogen optreden te rechtvaardigen zijn. Om te bewerkstelligen dat binnen de medisch specialistische zorg elke declarerende/contracterende partij aan dezelfde eisen moet voldoen ten aanzien van de bestuursstructuur en de bedrijfsvoering, willen wij in de declaratiebepalingen een koppeling leggen met de WTZi-toelating: slechts de toegelaten instelling krijgt het recht om aan de zorgverzekeraar of patiënt te declareren.

Wanneer het declaratierecht aan de toegelaten instelling is voorbehouden, betekent dit dat vrijgevestigd medisch specialisten het declaratierecht kunnen verwerven door zelf een toelating als instelling te verkrijgen. Ze moeten zich dan omvormen tot een instelling voor medisch specialistische zorg en aan de voorwaarden voldoen die gesteld worden in het kader van de toelating.

Dus ook een regiomaatschap kan, indien voldaan wordt aan de daarvoor gestelde eisen[16], toegelaten worden als instelling. We hebben aangegeven dat regiomaatschappen zich onafhankelijk van een instelling kunnen gedragen, zonder zelf integrale verantwoordelijkheid voor het zorgproduct te dragen. Dat kan risico's met zich meebrengen voor de publieke belangen. Wanneer regiomaatschappen een toelating als instelling voor medisch specialistische zorg moeten aanvragen om in aanmerking te komen voor het recht om te kunnen declareren bij de verzekeraar of patiënt, waarborgen we hiermee dat aan de regiomaatschap dezelfde eisen worden gesteld ten aanzien van de bestuursstructuur en bedrijfsvoering, als aan andere toegelaten instellingen. In dat geval ontstaat er eerlijke concurrentie om het contract met de verzekeraar tussen de regiomaatschap (dan omgevormd tot instelling voor medisch specialistische zorg) en andere toegelaten instellingen. Daarmee zijn de risico's voor de publieke belangen ook verminderd.

Overigens merken we hierbij op dat bepaalde specialismen (bijvoorbeeld de dermatologie, KNO-heelkunde, oogheelkunde en plastische chirurgie) zich makkelijker kunnen ontkoppelen van het ziekenhuis dan andere (zoals de heelkunde en de interne geneeskunde). Met name de multidisciplinair werkende vakken hebben de samenwerking met andere specialismen en de ziekenhuisorganisatie nodig. Het is daarom denkbaar dat er een tweedeling gaat ontstaan in vakken die zich lenen voor omvorming tot een zelfstandige instelling, en vakken die meer geschikt zijn voor een inbedding in een grotere ziekenhuisorganisatie. We zien nu al dat met name de monodisciplinaire vakken vaker in een ZBC voorkomen dan de multidisciplinaire vakken. Mogelijk wordt dit effect versterkt als gevolg van de wijziging in het declaratierecht.

---

[16] Om aan de eisen te kunnen voldoen is rechtspersoonlijkheid een impliciete voorwaarde. Een regiomaatschap zal dus een rechtspersoon moeten oprichten om vervolgens aan de eisen voor een toelating te kunnen voldoen.

We moeten hierbij wel vermelden dat declaratiebepalingen geen ordeningsinstrumenten zijn. Door de voorwaarde van een WTZi-toelating te stellen aan de partij om het integrale tarief aan de verzekeraar of patiënt te mogen declareren, wordt de vorming van regiomaatschappen ook niet tegengegaan. Evenmin ontnemen de declaratiebepalingen de specialisten een eventuele machtspositie. Wel kan door de declaratiebepalingen de machtsuitoefening in een bepaalde richting gestuurd worden. Dit lichten we hieronder toe.

De specialist declareert 'aan' de instelling
In de variant waarbij de toegelaten instelling het integrale tarief aan de zorgverzekeraar of patiënt declareert, is het voor vrijgevestigd medisch specialisten alleen mogelijk om 'aan' de instelling te declareren[17]. Dat kan een risico met zich meebrengen dat het ziekenhuis in de klem raakt tussen de macht van de verzekeraar, die een zo laag mogelijk tarief wil betalen, en de macht van de specialist, die een zo hoog mogelijk honorarium wil declareren aan het ziekenhuis.

Wij zien dit niet als een generiek risico. We hebben aangegeven dat het in het gezamenlijk belang van ziekenhuis en medisch specialisten is om een sterke positie ten opzichte van de zorgverzekeraar te vormen, en om daarbij de onderlinge machtsverhoudingen achter de voordeur van het ziekenhuis in evenwicht te brengen. Slechts in die specifieke uitzonderingssituaties waar dit gezamenlijke belang ontbreekt, zoals bijvoorbeeld bij de eerder genoemde regiomaatschappen, kan dit risico optreden. We merken hierbij op dat, door het declaratierecht om aan de verzekeraar te declareren bij de toegelaten instelling te leggen, de machtsuitoefening van regiomaatschappen richting de instelling een tweede orde effect betreft. Daarmee bedoelen we dat dit effect geen direct effect op de publieke belangen heeft. De effecten op de publieke belangen bevinden zich immers op het niveau van de relatie tussen de declarant van het integrale tarief en de zorgverzekeraar.
Zo'n tweede orde effect is overigens niet anders dan in situaties waarbij andere toeleveranciers, van bijvoorbeeld medische apparatuur of verbandmiddelen, een machtspositie ten opzichte van het ziekenhuis hebben.

Solopraktijken
Een nadeel van deze optie waarbij het declaratierecht aan de toegelaten instelling wordt toegekend, is dat extramuraal werkende specialisten in solopraktijk niet aan de zorgverzekeraar of patiënt kunnen declareren, in het geval zij niet in aanmerking komen voor een toelating als instelling voor medisch specialistische zorg. De WTZi gaat bij de toelating als instelling uit van het begrip 'organisatorisch verband'. Het is maar de vraag of een solopraktijk als een organisatorisch verband kan worden gezien.

Omdat extramuraal werkende specialisten in solopraktijk niet verbonden zijn aan een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum, kunnen zij in deze optie in de praktijk ook niet 'aan' een instelling declareren. Het stellen van de voorwaarde dat er een WTZi-toelating moet zijn om het integraal tarief te kunnen declareren, kan daarbij dus een juridisch risico vormen. Wij adviseren om nader te bezien of het nodig is om in het

[17] Deze 'aan' declaratie verschilt van de bestaande 'aan'-declaratie binnen het beheersmodel vrijgevestigd medisch specialisten. Verderop zullen we toelichten dat het bij het systeem van integrale tarieven gaat om onderlinge dienstverlening tussen de medisch specialist en het ziekenhuis.

Uitvoeringsbesluit WTZi de vrijgevestigd medisch specialisten in solopraktijk als aparte categorie te vermelden.

Registratiebepalingen en taakherschikking
We hebben aangegeven dat een van de doelstellingen van het integrale tarief is om een doelmatige inzet van productiefactoren, zoals arbeid en kapitaal, mogelijk te maken. Taakherschikking binnen de instelling kan hiermee worden gefaciliteerd. Met taakherschikking wordt bedoeld: het structureel herverdelen van taken inclusief verantwoordelijkheden tussen verschillende beroepen.

In ons advies over taakherschikking[18] van 2012, waarin de focus vooral lag op de verpleegkundig specialist en physician assistant die taken van de medisch specialist kunnen overnemen, hebben we de bestaande deelregulering voor het kostentarief en honorariumtarief als voornaamste financiële belemmering voor taakherschikking benoemd. Met het opheffen van de deelregulering kan taakherschikking in principe worden gefaciliteerd. Overige financiële belemmeringen, die voortkomen uit de bestaande registratie- en declaratiebepalingen binnen de DBC-systematiek, hebben pas effect als de deelregulering vervalt.

In navolging van ons advies zullen we de twee belemmeringen die voortkomen uit de DBC-regelgeving tegelijk met de overgang op integrale tarieven wegnemen:

- Momenteel draagt een poortspecialist de verantwoordelijkheid voor het zorgtraject. Hiermee heeft de poortspecialist de verantwoordelijkheid voor de juiste typering van de zorg en de registratie hiervan. Het is dus niet mogelijk voor niet-poortspecialisten om administratief een behandeling te starten).
- De DBC-regelgeving beperkt het aantal zorgverleners dat een polikliniekbezoek mag registreren, vanwege de verplichting tot een face-to-face contact met een poortspecialist.

Deze twee registratiebepalingen zullen we in 2015 verbreden naar de verpleegkundig specialist en physician assistant.

We benadrukken dat het opheffen van de deelregulering een absolute vereiste is om ambities op het gebied van taakherschikking te realiseren. Ook dat staat in het teken van doelmatigheid en macrokostenbeheersing omdat taken met behoud van kwaliteit op een goedkopere manier plaatsvinden.

Onderlinge dienstverlening
Voor de onderlinge dienstverlening geldt in de huidige situatie nog prestatieregulering, en tariefregulering voor de honorariumcomponent. Onderlinge dienstverlening geldt nu voor een beperkt aantal zorgprestaties, en alleen tussen instellingen onderling, of tussen een specialist en een andere instelling. Daarbij geldt bovendien dat één van beiden de hoofdbehandelaar is, en degene die declareert aan de zorgverzekeraar of patiënt.

Onze voornemens ten aanzien van de onderlinge dienstverlening binnen het systeem van integrale tarieven luiden als volgt:

---

[18] NZa advies Taakherschikking in de tweedelijns somatische zorg en curatieve geestelijke gezondheidszorg, januari 2012

Voornemens NZa onderlinge dienstverlening

Voornemens NZa
De NZa adviseert 1) vrije tarieven en een algemene prestatie voor onderlinge dienstverlening 2) de 'aan' declaratie van medisch specialist aan de instelling te beschouwen als onderlinge dienstverlening

We lichten dit als volgt toe:

Binnen het systeem van integrale tarieven moet de onderlinge dienstverlening - binnen de tweedelijns somatische zorg - anders gedefinieerd worden, om de volgende redenen:

- De relatie tussen de vrijgevestigd medisch specialist en het ziekenhuis kan wijzigen als gevolg van het te kiezen organisatiemodel. Mogelijk vervalt de toelatingsovereenkomst en worden leveringscontracten overeengekomen tussen ziekenhuis en (collectieven van) vrijgevestigd medisch specialisten. Dat betekent dat het onderscheid tussen de begrippen 'eigen instelling' en 'andere instelling' vervaagt. Dit geldt ook binnen een geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf; daarbij zijn immers ook de verschillende organisatiemodellen denkbaar.
- Het begrip 'hoofdbehandelaar' is niet meer relevant bij onderlinge dienstverlening; slechts de (toegelaten) instelling die het integrale tarief aan de zorgverzekeraar declareert is relevant. De toegelaten instelling kan ervoor kiezen het zorgproduct, in zijn geheel of in delen, bij een (of meer) andere partij(en) in te kopen.
- Bij integrale tarieven worden meer vrijheden gegeven aan de betrokken instelling en specialist(en) om gezamenlijk te bepalen welk tarief voor een zorgprestatie uiteindelijk aan de zorgverzekeraar of patiënt wordt gedeclareerd. Wat er 'achter de voordeur' onderling wordt afgesproken hoeft niet gereguleerd te worden. Dit geldt zowel voor de tarieven, als voor de prestaties.
- De 'aan' declaratie van de vrijgevestigd medisch specialist aan de instelling kan volgens bovenstaande uitgangspunten onder de definitie van onderlinge dienstverlening worden begrepen. Dit betekent dat ook voor de 'aan' declaratie de prestatieregulering kan komen te vervallen.

Het bovenstaande betekent dat niet alleen de tariefregulering voor de honorariumcomponent komt te vervallen bij onderlinge dienstverlening, maar ook de specifieke prestatieregulering. Wij zullen een algemene prestatie 'onderlinge dienstverlening' vaststellen[19].
De NZa kan dit besluiten zonder aanwijzing van de minister van VWS. Het besluit dat de onderlinge dienstverlening tot het vrije segment behoort is immers al genomen[20], en de NZa kan hiervoor zelfstandig de prestatie vaststellen.

---

[19] Hierbij gaat het uiteraard alleen om zorg binnen de WMG. Alle overige onderlinge dienstverlening, die niet als zorg aangemerkt kan worden, valt buiten de reikwijdte van de WMG. Over de onderlinge dienstverlening die geen zorg betreft zal ook BTW verrekend moeten worden.

Bij de nadere uitwerking van de regelgeving zullen we onderzoeken of het nodig is om WBMV-zorg uit te zonderen van de algemene prestatie 'onderlinge dienstverlening'.

[20] Aanwijzing van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 27 juni 2011, nr. MC-U- 3070826, op grond van artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg inzake transparante prestatiebeschrijvingen medisch specialistische zorg 2012.

Hiermee bestaat overigens de mogelijkheid dat het inkomen van de vrijgevestigd medisch specialist productieonafhankelijk wordt. Dat zal afhangen van de onderlinge afspraken tussen specialist en de instelling. Zij kunnen bijvoorbeeld afspreken dat de specialist een uurtarief of een aanneemsom in rekening brengt aan de instelling voor de te leveren zorg.

Beheersing macro uitgaven
Hieronder gaan we in op de beheersing van de macro uitgaven binnen het systeem van integrale tarieven. Voor wat betreft de toepasbaarheid van het macrobeheersinstrument (MBI), beperken wij ons tot de bestaande generieke variant van dit instrument. Op dit moment zijn de partijen betrokken bij het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord en de Orde van Medisch Specialisten in overleg over een gedifferentieerd MBI. De uitkomsten hiervan zijn vooralsnog onbekend.

Ons advies ten aanzien van de beheersing van de macro uitgaven luidt als volgt:

Advies NZa ten aanzien van beheersing van de macro uitgaven

Adviesvraag VWS
Wat zijn de gevolgen voor de macrobeheersing van de uitgaven en de uitvoering van het bestaande macrobeheersinstrumentarium? VWS verzoekt hierbij om aandacht te besteden aan perverse prikkels (zoals bijvoorbeeld de prikkel tot overproductie). Daarnaast verzoekt VWS aandacht te besteden aan de vraag of de machtsverhoudingen tussen de relevante partijen in de markt voldoende in evenwicht zijn, en of er in dat licht aanvullende maatregelen nodig zijn om dat evenwicht in de onderhandelingen tussen de relevante partijen te waarborgen.
Advies NZa
Het systeem van integrale tarieven versterkt de productieprikkel van het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf. Het is in de eerste plaats aan de zorgverzekeraar om de volumegroei te beheersen. In het geval dat er overschrijdingen ten opzichte van het – integrale – macrokader optreden, kan het MBI worden ingezet. Het MBI kan in zijn huidige vorm behouden blijven. De keuze om het declaratierecht bij de (toegelaten) instelling neer te leggen draagt bij aan de uitvoerbaarheid van het MBI.

Perverse prikkels
Gelijkgerichte belangen van instellingsbestuur en medisch specialisten kunnen de productieprikkel van het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf versterken. Met het afschaffen van de deelregulering (met name het beheersmodel) bestaat er geen countervailing power tussen het ziekenhuis en de specialisten meer.

Het is in de eerste plaats de taak van de zorgverzekeraar om tegenwicht te bieden aan een versterkte productieprikkel. De verzekeraar wordt hier in het systeem met integrale tarieven beter toe in staat gesteld dan in het huidige systeem, omdat wanneer het declaratierecht voor het integrale tarief bij de toegelaten instelling komt te liggen, selectieve inkoop beter mogelijk wordt.

Machtsverhoudingen
Ten aanzien van de machtsverhoudingen hebben we toegelicht dat een eventuele machtspositie van de vrijgevestigd medisch specialisten zich richt op het ziekenhuis, en dat dit zich naar verwachting over het algemeen niet zal vertalen in een opwaarts effect op de prijzen. Wij zien dan ook geen aanleiding om generieke aanvullende maatregelen te

treffen om evenwicht in onderhandelingen tussen de relevante partijen te waarborgen.

MBI kan in bestaande vorm behouden blijven
We hebben hierboven aangegeven dat wij van oordeel zijn dat het declaratierecht bij de (toegelaten) instelling moet komen te liggen.

Met deze keuze kan de vormgeving van het bestaande generieke MBI behouden blijven. De gedeclareerde omzet (kosten en honoraria) per geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf vormt de basis voor de verdeling van de overschrijding.
Een eventuele overschrijding van het – integrale – macrokader kan met hetzelfde instrument worden teruggehaald bij de instelling, die de korting vervolgens met de specialisten kan verrekenen. De wijze waarop die verrekening plaatsvindt is, in lijn met het afschaffen van de deelregulering, vrij.

Het bovenstaande kan leiden tot een andere verdeling van de korting over de instellingen dan in de huidige situatie. Dit komt doordat het macrokader ziekenhuizen wordt samengevoegd met het kader voor de vrijgevestigd medisch specialisten, en de totale uitgaven (inclusief het specialistenhonorarium van vrijgevestigd medisch specialisten) aan dit integrale kader worden getoetst. Over het algemeen zullen de ziekenhuizen met alleen specialisten in loondienst een kleiner aandeel in de korting krijgen dan in de huidige situatie. Instellingen met vrijgevestigd medisch specialisten zullen een groter aandeel in de korting krijgen, maar zij zullen vervolgens ook een deel van de korting doorberekenen aan de vrijgevestigd medisch specialisten.

Hoewel de uitvoerbaarheid van het MBI niet leidend is in de keuze van de declarerende partij, is het een goede bijkomstigheid dat de voorkeursoptie van de NZa, waarbij de instelling het declaratierecht krijgt, ook de optie die het MBI het best uitvoerbaar maakt. Een variant waarbij niet alleen instellingen, maar ook specialisten aan zorgverzekeraar of patiënt kunnen declareren, vergroot het aantal (potentiële) zorgaanbieders die getraceerd moeten worden bij de inzet van het MBI aanzienlijk. Door de voorwaarde van een toelating als instelling te verbinden aan het declaratierecht, kunnen met behulp van een register met toegelaten instellingen de betrokken instellingen eenvoudig opgespoord worden. Het is daarbij wel van belang dat dat register actueel is.

Voor het macrobeheersinstrument is een aanwijzing van de minister nodig.

Toezichtinstrumentarium
We hebben aangegeven dat wij van oordeel zijn dat de generieke tariefregulering voor de specialistenhonoraria kan komen te vervallen. De verwachting daarbij is dat er geen generieke risico’s voor de publieke belangen optreden. Risico’s in specifieke situaties zijn echter niet uit te sluiten.

De keuze om het declaratierecht bij de (toegelaten) instelling neer te leggen maakt dat het toezicht zich in de eerste plaats zal richten op de relatie tussen de instelling en de zorgverzekeraar. Zoals vermeld beschouwen we de vrijgevestigd medisch specialist in deze constructie als een toeleverancier die diensten levert aan het ziekenhuis. Die relatie heeft niet een direct effect op de publieke belangen. Dit betekent dat het AMM instrument in eerste instantie zal worden toegepast op de toegelaten instelling.

Er zijn echter ook situaties denkbaar waarin de toegelaten instelling niet om een regiomaatschap als onderaannemer heen kan. In die situaties waarbij de publieke belangen (aantoonbaar) het gevolg zijn van een machtspositie van een regiomaatschap (tweede orde effect), wil de NZa ook kunnen ingrijpen bij de regiomaatschap. Om die reden hebben we in onze brief van 5 juni 2013 geadviseerd om aanvullende bevoegdheden binnen de WMG op te nemen: we hebben ervoor gepleit om ook de maatschap als zorgaanbieder binnen de WMG te beschouwen, en om een partij met AMM te kunnen ontbundelen.

De argumentatie uit de hierboven genoemde brief is de volgende:

Waar regiomaatschappen tot onwenselijke marktmacht leiden, zonder dat er sprake is van voldoende kwaliteitsvoordelen, is ingrijpen op zijn plaats. Wij stellen een "rule of reason" aanpak voor: geen algemeen verbod op regiomaatschappen maar een aanpak gebaseerd op de twee belangrijkste mededingingsbevoegdheden van de NZa:

(i) vergroten van de transparantie ten aanzien van alle regiomaatschappen op basis van artikel 45 Wmg, zoals een meldingsplicht en informatieplicht;

(ii) benaderen van de meest ernstige individuele gevallen op basis van AMM. Dan kan bijvoorbeeld een contracteerplicht en/of prijsregulering worden opgelegd (een individueel prijsplafond op basis van maatstafconcurrentie).

Naast de NZa beschikt ook ACM over bevoegdheden ten aanzien van maatschappen en ziekenhuizen. Het doel is om de bevoegdheden van de NZa en ACM complementair te laten zijn om waar nodig effectief en gericht op te kunnen treden.

Toevoegen maatschap als type zorgaanbieder in Wmg
De artikel 45 Wmg-aanpak is niet afdoende zonder de inzet van AMM. Om aanvullend de AMM-aanpak voor de meest urgente individuele gevallen effectief te maken, is het wenselijk dat de Wmg de maatschap eenduidig aangeeft als type zorgaanbieder waarop deze wet mede betrekking heeft. Dat is op dit moment nog niet het geval.

De beoogde aanpassing zorgt ervoor dat de NZa:

1. complementair optreedt ten opzichte van ACM, die primair mededingingsbegrippen en gerelateerde begrippen zoals het ondernemingsbegrip of het begrip economische eenheid uitlegt waar deze niet zijn gedefinieerd in een specifieke wet. De benadering van ACM is dat maatschappen in principe een economische eenheid vormen met de ziekenhuizen behoudens tegenbewijs. Het gevolg van deze benadering is dat ACM een regiomaatschap beschouwt als een samenwerking tussen de betrokken ziekenhuizen. Afspraken binnen een instellingsoverstijgende maatschap die de mededinging beperken tussen ziekenhuizen, worden als een kartelafspraak tussen ziekenhuizen beschouwd. Deze benadering van ACM kan bijdragen aan het ontmoedigen van regiomaatschappen, omdat als ziekenhuizen verantwoordelijk zijn voor het gedrag van hun maatschappen, zij beter in de gaten zullen houden of de beoogde samenwerking wel strookt met de Mededingingswet. De ziekenhuizen kunnen hier immers direct op aangesproken worden. Het is echter mogelijk dat in een bepaalde situatie de

regiomaatschap dusdanig machtig is ten opzichte van het ziekenhuis, dat het ziekenhuis en de maatschap toch geen economische eenheid met elkaar vormen. In dergelijke gevallen ligt het voor de hand om direct ook de maatschappen te (kunnen) adresseren, niet alleen de ziekenhuizen.

2. in plaats van collectieve AMM tegen de maten van de maatschap, de maatschap via gewone AMM in het vizier krijgt (lagere bewijslast; geen noviteit). In alle gevallen kunnen wel alleen passende verplichtingen worden opgelegd die om effectief te zijn moeten doorwerken naar de maten – de medisch specialisten.

Hierover wordt al op ambtelijk niveau overlegd het ministerie van VWS. Door de voorgestelde wetswijziging kunnen de NZa en ACM in die situaties waar dat nodig is, optreden tegen regiomaatschappen door hetzij het ziekenhuis hetzij de maatschap hierop aan te spreken.

Bevoegdheid tot ontbundelen
Daarnaast adviseren we u om het AMM-instrumentarium van de NZa te versterken door de NZa de bevoegdheid te geven om in het uiterste geval een partij met AMM te ontbundelen. Het ontbundelen van ondernemingen is een relatief zware ingreep op het eigendomsrecht. In het geval van een maatschap gaat het vooral om immaterieel kapitaal en (minder) om fysiek eigendom en personeel, wat als een (relatief) lichtere ingreep beschouwd zou kunnen worden. Door ontbundeling kan de NZa ervoor zorgen dat er voldoende concurrentie tussen maatschap-ziekenhuiscombinaties blijven bestaan, waardoor verzekeraars selectief kunnen blijven contracteren in die gevallen waar het niet nodig is dat de zorg geconcentreerd wordt.

Aandachtspunten
Hieronder vermelden wij een aantal aandachtspunten op het gebied van aanpalende beleidsdossiers, die van belang zijn voor een succesvolle invoering van het integrale tarief. Deze vallen buiten het bereik van de WMG.

BTW
We hebben aangegeven dat bij een systeem van integrale tarieven een ruimere definitie van onderlinge dienstverlening nodig is. Binnen de WMG kunnen we daarvoor een algemene prestatie 'onderlinge dienstverlening' vast stellen, voor zover dit de levering van zorg betreft. Voor de levering van zorg geldt een BTW-vrijstelling. Daar waar activiteiten niet als zorg beschouwd worden, maar als andersoortige diensten (bijvoorbeeld advisering), moet BTW worden geheven. De zorgaanbieder die het integrale zorgproduct aan de verzekeraar declareert zal hierin de BTW die berekend wordt over ingehuurde diensten willen doorberekenen. Dit kan tot een stijging van de macro uitgaven leiden. Wij adviseren om de BTW-vrijstelling nader tegen het licht te houden bij de invoering van het integrale tarief.

Technische aspecten
Het opheffen van de deelregulering van de honorariumtarieven heeft tot gevolg dat de aparte declaratie van de honorariumcomponent niet meer verplicht wordt gesteld. Partijen zullen tijdig maatregelen moeten nemen om de declaratiestandaarden en controlesystemen aan te passen aan het integrale tarief. In verband met de overloop DBC's van 2014 naar 2015, die nog onder het regime van deelregulering vallen, zullen in 2015 twee declaratiestandaarden naast elkaar operationeel moeten zijn.

Declaratierecht en het vrije beroep
In onze verkenning is gebleken dat de meeste partijen een koppeling leggen tussen het declaratierecht en het behoud van het vrije beroep van de medisch specialist.

Partijen zijn van mening dat de wijze waarop de regulering van het integrale tarief wordt vormgegeven, de vrijgevestigd medisch specialisten niet in een (verkapt) dienstverband mag dwingen.

Het zelfstandig declaratierecht is één van de criteria die door Financiën worden gehanteerd om te beoordelen of sprake is van vrij ondernemerschap of niet. De wijze van regulering zou niet moeten dwingen tot een bepaalde organisatievorm. Indien echter de keuze voor een publiekrechtelijke regulering zou leiden tot verlies van de status van vrij ondernemer, dan zien wij daarbij de volgende risico's:
- De ziekenhuizen kunnen alsnog worden aangemerkt als werkgever van de specialist en krijgen op grond daarvan een navordering voor loonheffing en sociale verzekeringspremies; wijziging in de fiscale positie kan daarnaast consequenties hebben voor vergoedingen die de ziekenhuizen nu ontvangen van specialisten voor administratieve diensten en andere faciliteiten.
- De specialist verliest de fiscale voordelen van het vrije ondernemerschap.

De NZa heeft geen rol en bevoegdheden als het gaat om de fiscale positie van de specialisten. Keuze voor het vrije beroep, loondienst of andere contractvorm is aan specialist en ziekenhuis. Vanwege reguleringszekerheid adviseren wij om vooraf en op korte termijn duidelijkheid te verschaffen omtrent de fiscale positie van de specialist. Aanhoudende onzekerheid over de fiscale status is een storende factor op de invoering van integrale tarieven.

We zien dat de voornemens in het regeerakkoord[21] om de fiscale ondernemersvoordelen voor de vrijgevestigd medisch specialisten in 2015 te laten vervallen, nu al een beweging in de markt teweeg brengen[22]. Als het fiscale ondernemersvoordeel vervalt, betekent dat dat het vrije beroep alleen behouden kan blijven wanneer de vrijgevestigd medisch specialist als 'echte' ondernemer zijn beroep uitoefent. Dat kan ertoe leiden dat vrijgevestigd medisch specialisten zich in een bepaalde mate onafhankelijk van het ziekenhuis gaan gedragen. Immers, een bestendige arbeidsrelatie tussen specialist en ziekenhuis, bij eenzelfde opdrachtgever, zal door de fiscus mogelijk als een dienstverband worden beoordeeld. Wanneer ziekenhuis en vrijgevestigd medisch specialisten zo'n (fictief) dienstverband uit de weg willen gaan, is het niet ondenkbaar dat zij zich meer op afstand van elkaar gaan gedragen.

Daarmee wordt de gelijk gerichtheid tussen ziekenhuisorganisatie en vrijgevestigd medisch specialisten, die wij als 'vitaal mechanisme' beschouwen voor een goede werking van het stelsel, en die wij willen

---

[21] Bruggen slaan, regeerakkoord VVD-PvdA, 29 oktober 2012. In het regeerakkoord staat vermeld: "*Het rapport van de commissie-Meurs is leidraad bij het inkomensbeleid gericht op medisch specialisten. Het fiscaal ondernemersvoordeel voor medisch specialisten vervalt in 2015, als het specialistenhonorarium integraal onderdeel is van het ziekenhuisbudget en het beheersmodel medisch specialisten verdwijnt. De vorming van mega- of regiomaatschappen wordt ontmoedigd*'.

[22] Het iBMG rapport (Instellingsoverstijgende maatschappen, huidige ontwikkelingen, mogelijke gevolgen en de aanpak van eventuele mededingingsproblemen, 26 maart 2013) benoemt fiscale motieven als één van de redenen om een regiomaatschap te vormen.

faciliteren met het opheffen van de deelregulering, feitelijk tegengewerkt.

Wij adviseren om dit gegeven te betrekken bij de besluiten ten aanzien van de fiscale positie van medisch specialisten. Een optie is om onderscheid te maken in bestaande gevallen en nieuwe toetreders.

Randvoorwaarden

Besluitvorming VWS
Voor de invoering van integrale tarieven per 1-1-2015 moet de minister van VWS de volgende besluiten nemen:

1. Het vrijgeven van het honorariumtarief voor de medisch specialistische zorg, inclusief de kaakchirurgie.
2. Het samenvoegen van de macrokaders voor ziekenhuiskosten en honorarium vrijgevestigd medisch specialisten en kaakchirurgen.

Voor het beëindigen van beheersmodel vrijgevestigd medisch is geen apart besluit nodig, de looptijd hiervan eindigt op 31 december 2014.

De hierboven genoemde besluiten vormen een samenhangend pakket. Alle besluiten dienen tegelijkertijd genomen te worden; indien één van de onderdelen achterwege blijft, blijft de deelregulering feitelijk in stand. Het besluit om de honorariumtarieven vrij te geven vergt een aanwijzing aan de NZa, op basis van artikel 7 van de WMG.

Indien de minister ook wil besluiten het MBI in het systeem van integrale tarieven toe te kunnen passen, dan dient daarvoor eveneens een aanwijzing aan de NZa te worden gegeven. Dit MBI wordt dan toegepast over het totaal van ziekenhuiskosten en honorarium vrijgevestigd medisch specialisten.

Om het juridisch risico ten aanzien van het ontnemen van het declaratierecht bij vrijgevestigd medisch specialisten in solopraktijken tegen te gaan adviseren wij om nader te bezien of het nodig is het Uitvoeringsbesluit WTZi aan te passen.

Wetswijzigingen
We hebben in onze brief van 5 juni 2013 aanvullend WMG instrumentarium geadviseerd. Indien deze per 2015 niet gerealiseerd zijn kan dat het risico met zich meebrengen dat de NZa onvoldoende instrumenten heeft om misbruik van marktmacht van regiomaatschappen tegen te gaan.

Tijdpad
Alle partijen hebben verzocht om snel duidelijkheid te bieden over de vormgeving van het systeem van integrale tarieven.

Partijen hebben benadrukt dat duidelijkheid op alle aanverwante beleidsterreinen, zoals de fiscale positie van de vrijgevestigd medisch specialist en de WNT minstens even belangrijk is.

Wij vinden het belangrijk dat partijen voldoende tijd krijgen om zich voor te bereiden op de invoering van integrale tarieven. Het heeft daarom onze sterke voorkeur dat, om de beoogde invoeringsdatum van 1 januari 2015 te halen, de minister van VWS in oktober 2013 de besluitvorming afrondt, en een aanwijzing aan de NZa geeft. Wij zullen dan voor 1-1-2014 de nodige regelgeving op stellen.

Reactie van veldpartijen

Op 20 juni 2013 is het advies geconsulteerd in de NZa-adviescommissie Tweedelijns Somatische Zorg, FZ en GGZ, waarin de betrokken veldpartijen vertegenwoordigd zijn. De reacties van partijen die schriftelijk hebben gereageerd hebben we bijgevoegd.

Wij constateren dat het advies op één onderdeel, het declaratierecht, tot discussie leidt. Bezwaren van de Orde van Medisch Specialisten tegen onze voornemens om het declaratierecht bij de toegelaten instelling te leggen, en de vrijgevestigd medisch specialist uitsluitend 'aan' de instelling te laten declareren, komen vooral voort uit fiscale motieven. Onze keuze om de vrijgevestigd specialist uitsluitend met een algemene prestatie voor onderlinge dienstverlening 'aan' de instelling te laten declareren zou een bedreiging voor het behoud van het fiscaal ondernemerschap kunnen vormen, en zou tot een verrekening van BTW kunnen leiden.

Wij kunnen dit niet beoordelen; fiscale aspecten vallen buiten het bereik van de WMG. Het Ministerie van Financiën beslist over BTW-vrijstellingen, en een beoordeling van de fiscale status van de vrijgevestigd medisch specialist is aan de Belastingdienst. Om die reden is het behoud van de fiscale positie van de vrijgevestigd medisch specialist ook nooit als doel of uitgangspunt gesteld bij de invoering van het integrale tarief.

In dit advies hebben we geanalyseerd of het mogelijk is om de stap naar integrale tarieven te maken. Wij concluderen dat dat het geval is met de uitwerking die wij hebben geschetst in het advies. Indien wij een andere keuze zouden maken op het gebied van het declaratierecht, is er wat ons betreft geen sprake van een echt *integraal* tarief. Dit geldt voor de alternatieve opties die de Orde in haar reactie voorstelt. Ook ZN geeft in haar reactie aan dat een 'via'-constructie of 'samen declareren' in tegenspraak is met het concept integrale tarieven en er niet voor zal zorgen dat de doelstellingen worden gerealiseerd.

Wij merken hierbij op dat de Orde niet heeft kunnen aantonen dat de door haar genoemde alternatieven wél de garantie bieden dat het fiscale ondernemerschap van de vrijgevestigd medisch specialist behouden blijft. In de huidige situatie is er sprake van een ruling van het Ministerie van Financiën op basis van een toets van de Model Toelatings-overeenkomst (waarin de 'via' declaratie geregeld is), die is aangepast met de invoering van het beheersmodel medisch specialisten. Of het fiscaal ondernemerschap voor vrijgevestigd medisch specialisten behouden kan blijven, is dus vooral afhankelijk van het al of niet voortzetten van de ruling door het Ministerie van Financiën. Een eventuele continuering van het fiscaal ondernemerschap is met andere woorden niet, of in ieder geval niet uitsluitend, afhankelijk van het invoeren van een integraal tarief op de wijze die de NZa voorstaat, zoals de Orde in haar reactie lijkt te suggereren. De NZa heeft hieromtrent simpelweg geen rol of bevoegdheden.